

Cerere-tip
de creditare a formelor de educație medicală continuă

Aviz prealabil al Colegiului Medicilor Stomatologi _____

Nr. _____ din ____/____/____

(semnătură președinte/vicepreședinte)

I. Informații generale despre instituția organizatoare:

1. Denumirea furnizorului acreditat care propune forma de educație medicală continuă

2. Coordonatorul de program (obligatoriu cadru didactic cu rol de predare, membru al CMSR):

Nume și prenume _____

Date de contact: Telefon _____ E-mail _____

3. Persoana desemnată de solicitant pentru a-l reprezenta în relația cu CMSR (obligatoriu membru al CMSR):

Nume și prenume _____

Date de contact: Telefon _____ E-mail _____

II. Informații privind forma de educație medicală continuă propusă creditării

1. Tipul de activitate propus

- congres
 conferință
 simpozion
 curs cu demonstrație practică fără demonstrație practică
 educație medicală continuă la distanță

1.1. Manifestarea este parte componentă a unui program de studii complementare? Da / Nu

2. Titlul activității de pregătire profesională

3. Obiectivul educațional-științific urmărit

4. Data/Perioada de desfășurare

5. Locația

6. Modalitatea de desfășurare

- prezentă fizică online hibrid

7. Lectorii

7.1. Lectori acreditați

7.1.1. Nume și prenume _____

Grad profesional _____ Specialitate, competențe _____

...

(se completează în continuare)

7.2. Lectori din străinătate

La activitatea de pregătire profesională sunt invitați lectori din străinătate? Da* / Nu

*se atașează CV și dovada titlurilor profesionale, științifice și/sau academice

7.2.1. Nume și prenume _____

Grad profesional _____ Specialitate, competențe _____

Alte informații relevante _____

...

(se completează în continuare)

7.3. Lectori invitați

La activitatea de pregătire profesională sunt invitați și alți lectori decât cei prevăzuți anterior? Da* / Nu
*se atașează CV și dovada titlurilor profesionale, științifice și/sau academice, alte calificări profesionale relevante

7.3.1. Nume și prenume _____

Profesie _____

Titluri profesionale, științifice și/sau academice, alte calificări profesionale _____

...

(se completează în continuare)

8. Grupul-țintă

(se precizează expres categoria medicilor stomatologi cărora li se adresează forma de educație medicală continuă: medici stomatologi și/sau specialitate, competență/competențe vizată/e; alți participanți, în afara grupului-țintă, nu beneficiază de creditele de educație medicală continuă acordate de CMSR decât în limita prevăzută la art. 7 alin. (2) din Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/2CN/2021 privind reglementarea sistemului de educație medicală continuă pentru medicii stomatologi, a criteriilor și normelor de acreditare a furnizorilor de educație medicală continuă și a lectorilor, precum și a procedurilor de evaluare și creditare a formelor de educație medicală continuă adresate medicilor stomatologi.)

9. Numărul de participanți estimat

(maximum 25 de participanți/cadru didactic de predare în cazul cursurilor cu demonstrație practică)

10. Programul științific exact (va fi atașat ca anexă, în limba română)

11. Proiectul de management al activității de pregătire profesională

11.1. Cerințe de formare identificate

11.2. Analiza cerințelor de formare identificate și motivația organizării activității de pregătire profesională

11.3. Rezultate așteptate

11.4. Obiective educaționale

11.5. Metodologie didactică utilizată

(mijloacele și metodele prin care se asigură transmiterea, asimilarea cunoștințelor și formarea deprinderilor practice)

11.6. Strategia de organizare

11.7. Evaluarea rezultatelor așteptate la finalul programului Da / Nu

11.7.1. Precizări privind evaluarea (raportat la tipul formei de EMC):

a) absolvenților/participanților (cunoștințe și abilități) Da / Nu

b) lectorilor - chestionar de opinie Da / Nu

c) programului - chestionar de evaluare a evenimentului (anexa nr. 3e la procedura de creditare prevăzută în anexa nr. 3 la Decizia Consiliului Național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/2CN/2021) Da / Nu

Notă:

În temeiul acestor evaluări se alcătuiește de către furnizorul de EMC raportul asupra desfășurării activității de pregătire profesională care se trimite către CMSR în termen de maximum 30 de zile de la data încheierii formei de EMC.

12. Detalii privind desfășurarea prin internet a formei de educație medicală continuă

(obligatoriu pentru EMCD și pentru manifestările științifice organizate online sau în sistem hibrid pe perioada decretării stării de urgență, instituirii stării de alertă, carantinării zonale etc.)

12.1. Modul de funcționare a programului

12.2. Platforma pe care se va desfășura programul

(scurtă descriere a serverului dedicat desfășurării online a programului, a aplicațiilor informatice de gestiune pentru conținutul de material științific și pentru evidența utilizatorilor)

12.3. Echipă tehnică de producție

Nume și prenume _____ Profesie _____

...

(se completează în continuare)

12.4. Schema cu structura bazelor de date

12.5. Modalitate concretă în care poate fi auditat procesul de desfășurare a programului

12.6. Descrierea timpului de studiu aferent programului

III. Informații privind finanțarea formei de educație medicală continuă

1. Denumirea sponsorilor

2. Cuantumul sponsorizării

3. Tipul de activități finanțate

4. Alte surse de finanțare (se menționează obligatoriu cuantumul acestora)

5. Cuantumul taxei de participare (se precizează pentru toate categoriile de taxe)

IV. Declarație pe propria răspundere a reprezentantului solicitantului

Declar pe propria răspundere că activitatea de pregătire profesională propusă va fi organizată în conformitate cu procedurile, criteriile și normele prevăzute în Decizia Consiliului național al Colegiului Medicilor Stomatologi din România nr. 16/2CN/2021 privind reglementarea sistemului de educație medicală continuă pentru medicii stomatologi, a criteriilor și normelor de acreditare a furnizorilor de educație medicală continuă și a lectorilor, precum și a procedurilor de evaluare și creditare a formelor de educație medicală continuă adresate medicilor stomatologi.

Declar că am luat cunoștință de faptul că modificarea ulterioară a condițiilor de desfășurare a formei de EMC creditate este posibilă numai pentru motive temeinice și mă oblig să anunț Colegiul Medicilor Stomatologi din România de îndată, înainte de efectuarea oricărei publicități și de desfășurarea formei de EMC, cu privire la orice modificare ulterioară survenită privind forma de EMC creditată în baza prezentei cereri.

Declar lipsa oricăror interese comerciale directe ale activității de pregătire profesională propuse pentru creditare.

Declarație asupra unor potențiale conflicte de interese/bias*, privind programul în general și fiecare lector implicat în program: _____

Data ____/____/____

(Solicitant)

(Nume și prenume reprezentant)

(semnătură)

Note:

* Bias - termen utilizat pentru descrierea unei tendințe sau preferințe către o anumită perspectivă, ideologie sau rezultat, în special atunci când tendința interferează cu abilitatea de a fi imparțial și obiectiv.

